MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

# SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

**Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.**

## 1. DATOS PERSONALES

| Apellidos y nombre | | | | | DNI - NIE - pasaporte | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Código postal |
| Localidad | | Provincia | | | Número de la Seguridad Social | | |
| Teléfono móvil | Teléfono fijo | Correo electrónico | | | | | |
| ☐ Trabajadora por cuenta propia | | ☐ Trabajadora por cuenta ajena | | | | | |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA (Cumplimentar sólo en caso de trabajadoras por cuenta ajena)

| Nombre o razón social | | | | Código de Cuenta de Cotización (CCC) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Domicilio habitual: (calle, plaza …) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Código postal |
| Localidad | Provincia | | | Teléfono de contacto | | |

## 3. DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

**SOLICITA** la emisión de la preceptiva **certificación médica** de riesgo, expedida por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de que las condiciones de su puesto de trabajo pueden influir negativamente en su salud y/o la del feto o hijo, por la existencia de

☐ Riesgo durante el embarazo

☐ Riesgo durante la lactancia natural

**DECLARA,** bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud.

20170524

C-054 cas

…… , a …… de …… de 20……

Firma,

**Aviso importante:** La certificación médica que solicita justificará, en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo. Sólo si dicho cambio no se produjera, por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

En el caso de que la entidad gestora considere que no se produce la situación de riesgo, denegará la expedición de la certificación médica a la que se refiere el apartado anterior, comunicando a la trabajadora que no cabe iniciar el procedimiento dirigido a la obtención de la correspondiente prestación (art. 39 del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo. BOE del día 21).

Apellidos y nombre: DNI-NIE-Pasaporte ②

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CADA CASO

☐ **EMBARAZO:** Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud. Dicho informe acreditará la situación de embarazo y la fecha probable del parto.

☐ **LACTANCIA NATURAL:** Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural.

☐ **EN AMBOS RIESGOS:**

» Trabajadora por cuenta ajena: Declaración empresarial sobre situación de riesgo (modelo C-037 que encontrará en www.seg-social.es), así como sobre la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo, junto con un informe, si lo hubiera, del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo.

En caso de trabajadoras del sistema especial de empleados de hogar, la declaración la emitirá el/la responsable del hogar familiar.

» Trabajadora por cuenta propia: Declaración de la trabajadora por cuenta propia sobre situación de riesgo (modelo C-058 que encontrará en www.seg-social.es) así como sobre la actividad desarrollada y la inexistencia de un trabajo o función en tal actividad compatible con su estado.

Cuando se trate de una trabajadora autónoma que presta servicios en sociedades cooperativas o sociedades laborales o mercantiles, dicha declaración deberá ser realizada por el administrador de la sociedad. Si se trata de una trabajadora autónoma económicamente dependiente, la mencionada declaración deberá realizarla su cliente.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

20170524

C-054 cas

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....